

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL: LO NO DICHO Y SUS ANCLAJES SOCIALES EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS DE DESMANICOMIALIZACIÓN

Noemí Graciela Murekian, José Francisco Valencia

I – Introducción

Desde cierta perspectiva, la inclusión social en el campo de la salud mental involucra procesos psicosociales cuya investigación comprende niveles cognoscitivos y simbólicos asociados a valores y estrategias de integración social de las *personas con sufrimiento mental*. El estudio de las representaciones sociales (RS) permite identificar, en tal sentido, las dimensiones explícitas e implícitas en los discursos y en las prácticas de sujetos y grupos implicados.

Desde los estudios precursores de Serge Moscovici (1961), Claudine Herzlich (1984) y Denise Jodelet (1989) y la sucesiva expansión europea, las investigaciones empíricas sobre representaciones sociales (RS) de la salud y la enfermedad consolidaron un terreno de especial significación en Latinoamérica (Banchs, 2000; Sá y Arruda, 2002).

Fundados en este capital, desarrollamos, en Argentina, un programa de investigación¹ acerca de las RS del “campo de la salud mental” (CSM) dentro de la diversidad de abordajes y formas de apropiación de la teoría (TRS) (Banchs, 2001).

Con el afán de articular las perspectivas estructural y procesual de las RS realizamos abordajes cualitativos (1987/1991)² y cuantitativos (1992/2000)³ en dos contextos urbanos sociosanitariamente heterogéneos: Viedma (Capital de la Prov. de Río Negro) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (BA). El caso de Río Negro es revelador como experiencia innovadora en cuanto al marco legal⁴ que la sustenta, y a partir del cual otras legislaciones se fueron gestando⁵, como la ley de salud mental de la Ciudad Autónoma de BA. En efecto, la Prov. de Río Negro cuenta con la Ley 2440 desde el 11/sept./1991 y un proceso de externación de pacientes desde 1986, objetivado luego con el cierre del manicomio provincial en 1988 (Cohen, Natella, 1995). La experiencia en salud mental de la Provincia tuvo un espíritu militante y de trascendencia, llegando a ser destacado por la OPS-OMS (1999a, 1999b).

Por su lado, la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 1996, contempla una desinstitucionalización progresiva, reforzada luego por los contenidos de la Ley Básica de Salud de 1999, si bien es recién el 2000 en que se sanciona la Ley 448 de Salud Mental.

Evaluar el impacto de la *desmanicomialización* en la Argentina de la última década supone examinar un contexto de importantes e intrincados procesos sociopolíticos y culturales: los años setenta y sus secuelas militaristas, los ochenta con sus esperanzas de cambio y democratización, los noventa con la impronta de la globalización y la precarización de las condiciones de vida, situación que se extiende hasta el presente y enmarca un escenario de marchas y contramarchas en las políticas de salud mental. La profundización de la crisis socioeconómica, junto a la crisis de valores y la incertidumbre de los proyectos individuales y colectivos, alimentaron el desaliento de gran parte de los equipos de trabajo comunitario. En la actualidad, los desarrollos de estrategias alternativas subsisten con grandes esfuerzos dentro del marco de recortes presupuestarios del sector.

Considerando el alcance de tales constricciones, nos interesa desentrañar qué aspectos vinculados con los valores de la integración de las personas con problemáticas psiquiá-

tricas se revelan o silencian en las representaciones de las prácticas del sector público. ¿Cuál será el significado y funcionalidad de las ausencias, negaciones, olvidos e implícitos en el interjuego entre RS del CSM y *desmanicomialización*?

II - Marco teórico

La TRS nos ha permitido ingresar al CSM con herramienta dotada de la ductilidad y amplitud apropiadas para vincular el contexto sociohistórico con los elementos socio-culturales constitutivos de su entramado: saberes y conocimientos, valores, concepciones, creencias, actitudes, experiencias y prácticas. Descubrir sus condiciones de producción y reproducción, sus modos de objetivación y anclaje, facilitan la comprensión de los procesos psicosociales que acompañan la consolidación de los modelos psiquiátricos asilares, o bien de creación y desarrollo de modelos alternativos.

Ahora bien, si consideramos a las RS como *sistema y meta-sistema* (Doise y otros, 1992) no parece evidente abordar empíricamente tales procesos mediante un único procedimiento. Se trata, pues, de utilizar en forma complementaria los métodos y elementos técnicos disponibles (Farr, 1993, Zani, 1995)⁶ tomando en cuenta la hipótesis jodeletiana acerca de que *algunos aspectos de las representaciones están explícitamente vehiculizados en los discursos y otros escondidos en las prácticas* (Doise, 1994: 229) lo que implica, a su vez, reconocer diferentes niveles de registro. Ivana Marková sostiene:

(...) el punto al que quiero llegar es no sólo que se ha de examinar desde distintos puntos de vista, sino que se ha de examinar desde los distintos niveles de conciencia del sujeto. Al formar las representaciones sociales un entorno de pensamiento compartido del que las personas no son conscientes ya que éste está siempre presente, ¿cómo pueden las representaciones sociales ser exploradas utilizando métodos que fundamentalmente se basan en verbalizaciones explícitas tales como encuestas, cuestionarios, entrevistas y otros informes verbales? De hecho en estos datos lo que se da por supuesto es muy probable que ni siquiera sea mencionado por los participantes del estudio. Es por esta razón por la que los estudios que se centran en los significados implícitos, tales como el análisis de Jodelet (1991) sobre las actividades de los habitantes de un pueblo, o los análisis de posters de Farr (1995), Stockdale y Farr (1987) o Stockdale (1995) son especialmente valiosos en este sentido (Marková, 1996: 175)

La autora subraya su interés por los modos en que la investigación puede dar cuenta de las diferentes capas o niveles en que se compone el pensamiento. E insiste: el problema parece aún no resuelto, de ahí la necesidad de utilizar *varios métodos empíricos que presumiblemente provoquen distintos niveles de conciencia*. Se puede solicitar a un sujeto que responda una pregunta de asociación libre acerca de un objeto de representación y luego preguntarle explícitamente qué entiende por él. La primera implica inmediatez, espontaneidad, la segunda, reflexión conciente (op. cit.: 175-176).

En particular, trabajar en ambos niveles nos facilitó el control de los sesgos derivados del uso exclusivo de registros orales en la etapa cuantitativa. No obstante, dado el diseño de la encuesta, “lo inexpresado”, “lo no dicho”, quedando fuera del registro textual, nos confrontó con problemáticas teórico-metodológicas específicas⁷ ligadas al examen de las dimensiones ausentes. En efecto, cómo minimizar tales sesgos por omisión (Calonge, Casado, 2001: 32-33) cuando no son equivalentes las ausencias por ignorancia o

desinformación, negación cultural o ideológica, así como tampoco es equiparable aquello que se mantiene implícito en los discursos y es posible identificar, o aquello que se olvida y requiere de una cuidadosa interpretación.

En principio, la constelación de conocimientos y concepciones disponibles alrededor de un objeto de representación advierte sobre eventuales resistencias, huidas o rechazos. En este sentido, tomando la *desmanicomialización* como objeto de conflicto y debate social, exploramos el rol que cumplen tales “vacíos” respecto de los discursos de la convivencia con los enfermos mentales en el marco de las RS del CSM.

III – Objetivo

Indagar la cuestión de "lo no dicho" desde la perspectiva del impacto de las prácticas de la *desmanicomialización* en las RS del CSM, en población general y en grupos de expertos, con el objetivo de identificar y analizar las dimensiones cognoscitivas y simbólicas que se activan o se bloquean en función de una cuestión clave: las posibilidades de convivencia con los *enfermos mentales* en la comunidad.

IV - Hipótesis

H1 – Las dimensiones ausentes del corpus Convivencia cobran sentido respecto de las visiones sobre la integración social del enfermo mental.

H2 – Las dimensiones ausentes del corpus Convivencia se anclan en Representaciones del CSM connotadas de visiones estigmatizadas respecto del enfermo mental.

H3 – Las no respuestas del corpus Convivencia poseen un comportamiento similar a las respuestas evasivas y se anclan en Representaciones del CSM que poseen un perfil estigmatizante acerca del enfermo mental.

H4 – Existen diferencias significativas en el comportamiento de las muestras de grupos de expertos y población general respecto de RS del CSM y Convivencia.

H5 – Existen diferencias significativas en el comportamiento de la variable presencia-ausencia respecto de RS del CSM y Convivencia.

V – Metodología

Diseño y Muestras ? Se utilizaron dos tipos de estudios: **a)** comparativo interurbano intersectorial de grupos vinculados con la definición y aplicación de políticas públicas en salud mental (clase política y justicia civil) de las ciudades de Viedma (1999 = 46 sujetos) y Buenos Aires (1998-1999 = 202 sujetos); **b)** comparativo diacrónico de la población adulta de Viedma (18 a 70 años) en dos cortes temporales (muestras probabilísticas: 1992 = 444 sujetos; 2000 = 443 sujetos). La estructura de las 4 muestras (n = 1.135) fue: “sexo” -mujeres (48%), varones (52%)-; “nivel de instrucción” -sin instrucción (2%), primaria (24%), secundaria (29%), superior no universitaria (13%), univer-

sitaria (32%)-; “nivel socioeconómico” –baja-baja y marginal (20%), media-baja (20%), media-media (30%), alta-alta, alta y media-alta (30%)-

Instrumento ? Cuestionario semiestructurado con: **a)** preguntas de asociación libre de palabras respecto del constructo CSM (conjunto de estímulos que integra referentes generales: *salud mental, enfermedad mental, locura*, y personificados: *persona mentalmente sana, enfermo mental, loco*); **b)** dos preguntas abiertas sobre *posibilidades de convivencia con los enfermos mentales y experiencias en salud mental*; y **c)** variables sociodemográficas: *sexo, nivel de instrucción, nivel socioeconómico y origen de la muestra*.

Procedimiento ? Se analizaron las temáticas que no aparecen en las respuestas a la pregunta abierta sobre *posibilidades de convivencia*. Primeramente, las dimensiones que conforman "lo dicho" (*Mocar, SPADT*) aportando información comparativa por muestra. Luego, delimitamos "lo no dicho" mediante el registro de omisiones significativas (*Corda*) creando una nueva variable que discrimina el perfil de las ausencias reconocidas (*presencia-ausencia*). Por último, por medio de análisis factorial de correspondencias (*Aspar*) indagamos la estructura de los campos semánticos de los estímulos CSM y Convivencia, y mediante análisis de varianza (*Anova*) observamos los efectos entre tales dimensiones y las variables *origen de la muestra* y *presencia-ausencia*.

Ahora bien, con el fin de testear el comportamiento de las dimensiones ausentes en el corpus de respuestas a la pregunta abierta *experiencias en salud mental*, replicamos parte de los procedimientos aplicados en *convivencia*. La hipótesis implícita es que existen estructuras subyacentes que son transversales a las RS del CSM, cuya identificación aporta al estudio integral de las mismas.

V.1 - Análisis de contenido del corpus “convivencia” según origen de la muestra

El análisis comparativo de los "discursos" de los expertos y de población general sobre *posibilidades de convivencia* (*Mocar-SPADT*) produjo los siguientes resultados:

		MUESTRAS	NUMERO	NUMERO	
			TOTAL	%	DE PALABRAS
		DE PALABRAS	DISTINTAS		
	VIEDMA 1992	7.407	34	1.282	30
	VIEDMA 2000	6.373	29	1.156	27
	EXPERTOS VIEDMA	1.129	5	426	10
	EXPERTOS BS.AS.	7.170	32	1.419	33
TOTAL	22.079	100	4.283	100	

✍ **Criterio de formas lexicales características según *origen de la muestra* (Incluye las “no respuestas” = NS-NC, y la expresión NO-SE):**

- Muestra poblacional Viedma-1992: se caracteriza por formas gráficas que sugieren posiciones positivas y condicionales (*si*) respecto de la convivencia con los enfermos mentales, reforzadas por referencias a un sujeto individual (*yo*) y tácito que actúa en presente (*pienso, puedes*) y condicional (*podría, tendría*) en alusión a los enfermos. Todo ello sumado a una actitud dirigida (*le*) de aceptación afectiva (*cariño*) al tiempo que su reconocimiento actual (*están*). Formas lexicales que denotan una evaluación cercana y concreta de la temática de la convivencia. Se opone a una evaluación distante, abstracta, imperativa, y condicionada a las necesidades y características de la situación y los casos.

- Muestra poblacional Viedma-2000: se distingue por formas gráficas que delimitan un sujeto plural externo (*ellos, algunos*) connotados de una semántica de carencias a resolver (*necesitan, preparados, ayudarlos*), de cierta distancia en relación al contacto (*nunca, tocó*), y de desconocimiento, (*NS-NC*) junto a la expresión muletilla (*NO-SÉ*). En este caso, se trata de una evaluación distante y relativamente negativa que intenta explicar (*porque*) la demanda de atención y de capacitación respecto de las posibilidades de convivencia. Se opone a una visión personificada del enfermo mental y su eventual convivencia con el propio sujeto (*yo*).

- Muestra de expertos de Viedma: sus formas lexicales ubican la problemática en términos integrales, concretos y abstractos. A saber, individualizado (*taxista*), generalizado (*casos, sociedad*); cognoscitivo (*conocimiento*), pragmático (*decisión*), a partir de un sujeto implícita y explícitamente colectivo y plural (*gustaría, creemos*) referido a otro sujeto social (*digan*) y a un caso de violencia puntual (*mató*)⁸. Se trata de una evaluación integral, abstracta y concreta que se opone, a la vez, a una evaluación personalizada de los llamados *locos* en todas sus formas, singulares y plurales, subjetivas y objetivas.

- Muestra de expertos de Buenos Aires: se caracteriza por agrupar formas que circunscriben positivamente (*es, posible*) la convivencia (*convivencia*) no lineal (*a veces*) dentro del ámbito social de la familia (*familia*) y la referencia personificada del enfermo (*enfermo mental*) pero en términos genéricos. Se muestra como una evaluación externa y neutra sin un compromiso subjetivo o colectivo explícito respecto de la experiencia planteada. Se opone a una evaluación ambigua, desinformada, concreta y actual de la situación.

✍ **Criterio de frecuencia de palabras: selección de los diez individuos o respuestas características según la partición de la variable “origen de la muestra”:**

- Muestra poblacional Viedma-1992: de las diez respuestas características hallamos 5 respuestas relativas o condicionales, 3 afirmativas y 2 negativas. La relatividad se centró en cuestiones afectivas (*amor*), actitudinales (*si uno se lo propone*) de distancia social (*un hijo mío*), de estado psicopatológico (*si no está totalmente fuera de sí*), de dualismo ético-moral (*si es bueno, sí, si es malo, no*). La aceptación positiva de la convivencia mostró respuestas sin fundamentación explícita (*si, pienso que sí, me acostumbraría*). El rechazo se manifestó bajo formas actitudinales (*no podría, no sabría, no tendría pa-*

ciencia) y bordeando el prejuicio del contagio social (*si están locos, nos volvemos todos locos*).

- Muestra poblacional Viedma-2000: llamativamente, las diez respuestas características, según el criterio de mayor frecuencia, denotan el desconocimiento (NS-NC). Parecería que la distancia (12 y 9 años) con los acontecimientos del cierre del manicomio de Allen, la sanción de la Ley 2440 de Salud Mental y las prácticas llevadas a cabo en el sector sanitario público hubiesen desdibujado la problemática para algunos. Y, para otros, la convivencia de hecho en los espacios públicos y comunitarios con los enfermos se vislumbrara como una potencial amenaza, al punto de interpretarse inversamente. Es decir, el de escapar a una exposición comprometida de las opiniones sobre las políticas gubernamentales.

- Muestra de expertos de Viedma: de los diez individuos característicos hallamos 5 de orden imperativo, 4 de tipo relativo y 1 negativo. Los imperativos remiten a lo que sintéticamente denominaremos “defensa de los derechos humanos (DD.HH.) de los enfermos mentales”. Es decir, un imperativo ético-social de responsabilidad y de solidaridad hacia ellos. Las respuestas relativas se apoyan en la condicionalidad de los grados de enfermedad o psicopatología y en la aceptación social. Por último, la negatividad se sustenta en hechos concretos de agresión y violencia social de los enfermos como razón del miedo y el rechazo.

- Muestra de expertos de Buenos Aires: en este grupo encontramos 6 respuestas relativas y 4 afirmativas. Las primeras se basan en las condiciones de dificultad de la convivencia, en las necesidades asistenciales tanto médicas como familiares, en las posibilidades materiales, sociales, éticas y afectivas. Las afirmativas señalan el carácter de hecho de la convivencia (situaciones cotidianas) así como la dimensión humanitaria de adaptación, compromiso y respeto por la libertad de las personas.

✍ **Criterio del chi-2: selección de los diez individuos o respuestas características según la partición de la variable “origen de la muestra”:**

- Muestra poblacional Viedma-1992: se observan 7 respuestas relativas, 2 negativas y 1 afirmativa. Las condiciones de la convivencia se amparan en la disponibilidad de recursos cognoscitivos acerca de la situación psicopatológica del enfermo, la capacitación familiar y profesional para contenerlo y asistirlo, la disponibilidad de tiempo, recursos económicos, valores, sentimientos y actitudes positivos. Lo más común es la referencia a las dificultades de la convivencia y al grado o tipo de caso psiquiátrico específico del cual se trate. Las respuestas negativas se expresan en primera persona y denotan la imposibilidad de la convivencia personal y general con los enfermos mentales. La única respuesta positiva no se manifiesta fundada en razones explícitas.

- Muestra poblacional Viedma-2000: se trata aquí de diez respuestas condicionales, 6 con acento positivo en acuerdo con la convivencia y 4 con acento negativo en desacuerdo con la convivencia. Los factores mencionados como fundamento de la relatividad

positiva son: la responsabilidad y conciencia personal, familiar y social, y en contraste, el grado de patología del enfermo y la peligrosidad potencial del loco. Las razones del condicionamiento negativo son: por un lado, el grado de peligrosidad, la discriminación ético-moral, las dificultades de la convivencia, y por otro, el grado de patología del enfermo, la capacitación y comprensión social. En contraste, o complementariamente al criterio de mayor frecuencia (distancia social y/o desconocimiento), el criterio chi-2 vuelve explícita la problemática de la peligrosidad (en tanto riesgos del contacto) como uno de los rasgos activados en las representaciones de la convivencia.

- Muestra de expertos de Viedma: denota la presencia de 5 respuestas condicionales (3 con acento negativo y 2 mixtas). De las 5 restantes, 3 son de orden positivo y 2 de orden negativo. Las cuestiones referidas en tanto condiciones de la convivencia son: dificultades de la convivencia cotidiana, tipo de problemática del enfermo, riesgos de quebrantar una convivencia pacífica y la propia salud mental (ideas implícitas: contagio, peligrosidad, control social), necesidad de capacitación e intervención profesional y preparación comunitaria. Las respuestas positivas se fundan en: responsabilidad social, respeto por los derechos del enfermo, actitudes de afecto, solidaridad, no discriminación, compartir actividades y experiencias con ellos. Por último, las razones de las expresiones negativas señalan hechos de violencia concreta (peligrosidad), sentimientos de miedo, la falta de decisión política, de preparación y educación profesional y comunitaria.

- Muestra de expertos de Buenos Aires: finalmente, de las 10 respuestas características, 8 son condicionales, 2 positivas de evaluación crítica. Las cuestiones mencionadas como factores que relativizan las posibilidades de la convivencia son: grado y tipo de discapacidad – enfermedad – patología del enfermo, dificultades cotidianas, necesidad de apoyo y preparación familiar, actitud no negadora, no discriminatoria y de abandono, sino tolerante y contenedora. Además, responsabilidad social, y en lo profesional, relatividad de los tratamientos, por un lado, y apoyo al trabajo interdisciplinario, por otro. Las evaluaciones positivas y críticas destacan: la necesidad de capacitación social y familiar, evitando actitudes de marginación y de fortalecimiento de estereotipos conductuales e institucionales. El reconocimiento de la enfermedad, la comprensión familiar, la responsabilidad social, la intervención de los especialistas junto a las personas afectadas.

V.2 - Análisis de presencia-ausencia: corpus “convivencia”

El procedimiento *Corda* nos permitió identificar, en el corpus “Convivencia”, la *presencia-ausencia* de ciertas formas gráficas claves para nuestro objetivo analítico:

Palabras ausentes en el corpus: Valencia negativa: expresiones de encierro asilar (*aguantadero/s, asilo/s, cementerio/s, loquero, psiquiátricos*); de exclusión social (*alejar, marginación, marginan, margino*); de maltrato social (*injusticia, muerte, terror, tortura, doler*). Valencia positiva: valores, derechos humanos y calidad de vida (*crecer, educar, educado, democracia, humanitario, felicidad, futuro, moral, soñar*); protección social (*proteger*); memoria (*recordar, recuerdo*).

Palabras con frecuencia igual o menor a 5 repeticiones: Valencia negativa: expresiones de encierro asilar (*loqueros, manicomios*); asistencia institucional (*hospital/es, psiquiátrico*); de exclusión social (*evitar, marginar, margina*); de maltrato social (*sufrir*). Valencia positiva: valores, derechos humanos y calidad de vida (*alegría, comunicación, conocer, derecho, derechos, educación, ética, ley, libertad, querer, pensar, posibilidad*); de vínculo social (*amigo, amigos, hermano, país*); de comportamiento y estrategia alternativa (*cambio, cambiar, desmanicomialización*); de asistencia social (*adaptación, cuidado, cuidar*); de memoria (*pasado*).

Palabras significativas en el marco de la pregunta: **a)** La redundancia verbal se centró en las expresiones incluidas en la pregunta (Nº total de palabras del corpus = 22.079; Nº de palabras distintas = 4.283, 20%): Convivir (144); Convivencia (36); **b)** La caracterización de la problemática se explicitó como: Difícil (155), Vivir (85), Familia (77), Sociedad (69), Amor (38), Locura (37), Experiencia (29), Miedo (24), Saber (22), Comprensión (19), Adaptarse (17), Mundo (16), Contención (14), Humanos (12), Falta (11), Manicomio (7), Tolerancia (6), Compartir (6).

Construcción de la variable “presencia-ausencia”: resultó de la partición de las respuestas abiertas de los sujetos según la presencia o ausencia de palabras connotadas con una semántica positiva acerca de la convivencia y las estrategias de reforma psiquiátrica, a saber: aceptar, adaptarse, adaptar, alegría, amigo, amor, cambio, cambiar, compartir, comprensión, comunicación, contención, convivir, cuidado, cuidar, democracia, derecho, derechos, desmanicomialización, educación, familia, hermano, libertad, posibilidad, querer, sociedad, tolerancia y la forma miedo_no.

V.3 – Análisis de correspondencias del corpus “convivencia”

El histograma de los valores propios del AFC (*Aspar- SPADT*) del corpus “Convivencia” (umbral de corte >30; palabras retenidas = 14.896; n= 109, media = 0,92) determinó una traza de la matriz igual a 8.3049, cuyos dos primeros factores acumularon un 5,07% de la inercia, y cuya interpretación se basó en el conjunto de palabras con valores de contribución superiores a la media.

Eje 1

Polo negativo: Problemática abstracta, distante, especulativa, general.

Perspectiva del “sano”

Es (7,4); Grado (7,1); Depende (6,4); Difícil (5,6); Del (4,2); Posible (3,0); De (2,6); Tenga (2,4); Pero, La, Enfermedad (1,6); Locura (1,5); Convivencia (1,3)

Anclajes:

Muestra de la Justicia y la Clase Política de Buenos Aires (26,2); Muestra de la Justicia y la Clase Política de Viedma (2,5)

vs

Polo positivo: Problemática concreta, cercana, argumentativa, personificada.

Perspectiva del “enfermo”

Son (5,1); Ellos (4,5); Los (4,4); Necesitan (2,8); Porque (2,4); Locos (2,3); Están (2,3); Enfermos (2,1); Personas (2,0); A (1,4); Enfermos mentales, Con, Todos (1,3); Nos (1,1); Nosotros (0,9)

Anclajes

Muestra Poblacional Viedma 2000 (21,5); Muestra Poblacional Viedma 1992 (6,4)

Eje 2

Polo negativo: Visión racional, experta

Problemática psiquiátrica y social

Grado (11,5); Depende (8,2); De (6,5); Del (5,0); Locura (4,7); Enfermedad, Son (3,6); Tenga (2,5); Locos (2,2); Sociedad, Su (1,0)

Anclajes

Muestra de la Justicia y la Clase Política de Viedma (2,7)

vs

Polo positivo: Visión afectiva, sentido común.

Problemática cotidiana

Difícil (6,2); Es (3,8); Fácil (3,2); Debe (3,1); No (2,7); Muy (2,1); Paciencia, Ser, Me (1,8); Estar (1,4); Tendría (1,3); Vivir, Tener, Así, Posible, Pero (0,9)

Anclajes

No se muestran diferencias en el posicionamiento de las muestras.

V.4 - Análisis de correspondencias del corpus “campo de la salud mental” (CSM)

Se analizó el comportamiento del CSM integrando sus referentes generales (*salud mental, enfermedad mental, locura*) y personificados (*persona mentalmente sana, enfermo mental, loco*). El número total de respuestas fue igual a 1.135; el total de palabras: 32.942; y palabras distintas: 3.477 (10.6%). Definido un umbral de corte superior a 15 repeticiones, el total de palabras retenidas fue de 23.742 y las palabras distintas retenidas igual a 363. El AFC determinó una traza de la matriz de los valores propios igual a 22.0993, siendo 3,12 el porcentaje acumulado de las dos primeras dimensiones con información relevante acerca del objeto⁹. La interpretación de los ejes se basó en las palabras cuyo valor de contribución fue superior a la media (0,27).

✍ Síntesis de la interpretación de los dos primeros ejes:

El Eje1 opuso, en su polo negativo, una **visión externa, localizacionista** (*cabeza, cosas*), **personificada** (*loco, sano, enfermo, chico*) y **experiencial** (*andar, hacer, tener, poder, pensar, saber, decir, razonar, tomar, perder ...*) del campo de la salud mental, y en su polo positivo una **visión empática** (*soledad, tristeza, desamor, ...*), **diagnóstica psico-socio-económica** que demarca dos espacios: por un lado, el del sufrimiento emocional (*abandono, aislamiento, encierro, desconfianza, incomprensión, sufrimiento...*), social y económico (*marginación, pobreza, violencia, desocupación, crisis, ...*) psíquico (*psicosis, neurosis, paranoia*) y por el otro, el de los valores ideales de salud mental (*equilibrio, libertad, amor, alegría, armonía, felicidad, solidaridad, trabajo, paz, familia ...*) En resumen, podría decirse que el primer eje configuró dos tipos de discursos: uno de orden descriptivo y otro de orden explicativo.

El Eje2 opuso, en términos generales, dos percepciones de índole **conflictiva**. Una de orden **experiencial** personificada (*enfermo, loco, alcohólico, drogadicto, mogolico*) y localizacionista (*cabeza, mente*) en el polo negativo, y otra más centrada en el orden **conceptual**, en el polo positivo, expresada en acciones (*decir, no saber, asociar, creer*), objetivaciones (*concepto, palabra, tema*), atribuciones (*desconocimiento, difícil*), personificaciones (*persona, yo, alguien*). La primera con un perfil socio-económico (*desocupado, marginado, violento, pobre*) y popular (*tonto, tarado, chiflado, rayado ..*); y la segunda, con un perfil sociosanitario y experto. La primera con un fuerte sesgo estigmatizante y la segunda con un cierto perfil intervencionista de asistencia y prevención (*contención, comprensión, atención, cuidado, integración, internación*).

Luego del AFC de palabras, pudimos acceder a otros dos procedimientos de análisis de datos textuales.

✍ Posicionamiento de las variables nominales en los espacios factoriales (Posit-SPADT)

En el primer factor, junto a las visiones externas se ubicaron las siguientes modalidades: mujeres, sin instrucción / primaria / secundaria y Viedma 1992. Junto a las visiones internas: varones, instr. superior no universitaria / universitaria y J-P de BA. En el segun-

do factor, junto a la conflictiva conceptual se posicionaron las modalidades: varones, inst.universitaria, J-P de BA, y junto a la conflictiva experiencial, mujeres, sin instrucción / primaria / secundaria, Viedma 2000.

✍ Selección de formas lexicales características según la partición de la variable nominal *origen* (Mocar-SPADT)

Viedma 1992 se destaca por un discurso popular, concreto, normativo, localizacionista, y experiencial, que recorta un espacio simbólico signado por la negatividad y las carencias. Viedma 2000 tiende a personificar el discurso en un sujeto enfermo y loco, preso del impacto de la crisis socio-económica, institucionalizado y solitario. J-P Viedma se caracteriza por una asimilación del discurso de la *desmanicomialización* –sufrimiento (denominación de la ley 2440), contención, solidaridad, posibilidad-- que se aúna con términos jurídicos y políticos (desprotección y conflicto), y una observación actitudinal respecto del enfermo mental (indiferencia). Por último, J-P BA posee un discurso que declara la vaciedad de respuestas ante la problemática del CSM (abandono y lo mismo) tanto en sus aspectos psicopatológicos (psicosis), como institucionales (Borda) y psicosociales (impotencia, no saber). Es posible observar aquí, cómo las representaciones de aislamiento y soledad de los llamados *enfermos mentales* o *locos* subsiste a pesar del cambio de políticas y de los diferentes actores sociales.

V.5 - Análisis de contenido del corpus “experiencia” según origen de la muestra¹⁰

El análisis comparativo de los "discursos" de los expertos y de población general sobre *experiencias en salud mental* (Mocar-SPADT) arrojó los siguientes resultados:

MUESTRAS	NUMERO TOTAL	NUMERO %DE PALABRAS	% %	
DE PALABRAS	DISTINTAS			
VIEDMA 1992	12.531	37	143	27
VIEDMA 2000	12.242	36	143	27
EXPERTOS VIEDMA		1.074	3	109
EXPERTOS BS.AS.		8.302	24	141
26				
	TOTALES		34.149	100
536	100			

✍ Criterio de formas lexicales características según *origen de la muestra*

- Muestra poblacional Viedma-1992: se caracteriza por formas gráficas que sugieren desconocimiento y/o negación de las experiencias en salud mental (*NS-NC*), asociaciones focalizadas en la niñez y la escolaridad (*chicos, escuela*), referencias cronológicas y temporales (*tres, ya, meses, año, doce*) y supuestas acciones bidireccionales (*le, me*). Se trata de una representación concreta, reductiva y cotidiana que retoma relatos de vida desde la perspectiva del adulto.

- Muestra poblacional Viedma-2000: se distingue por formas gráficas que delimitan tiempos existenciales presentes y pretéritos (*está, estuvo, tenía*), frecuencias (*veces, por ahí*) y espacios (*acá, hospital*), junto a referencias de hechos de violencia concreta (*mató*). Se observa un reconocimiento actual y pasado de experiencias institucionales y comunitarias.

- Muestra de expertos de Viedma: sus formas lexicales ubican la cuestión de las experiencias en términos profesionales (*profesional*), psicopatológicos (*adicciones*), de ámbitos y estrategias sociosanitarios (*salud mental, red*), de evaluación (*resultado, buen*) y ubicación temporal pretérita (*fueron, vivida*). Refleja un perfil intervencionista acorde con los actores del discurso.

- Muestra de expertos de Buenos Aires: se caracteriza por agrupar formas que circunscriben el ámbito laboral (*juzgado*) como canalizador (*a través, de, entre*) de las experiencias (*experiencias, experiencia*) y la información (*información*), en un tiempo presente (*es, hay*) y pasado (*tenido*). Se trata de un compromiso particularmente laboral, más jurídico que político.

✍ **Criterio de frecuencia de palabras: selección de los diez individuos o respuestas características según la partición de la variable “origen de la muestra”:**

Sintéticamente, la muestra Viedma-1992 presenta diez casos de no respuestas; la muestra Viedma 2000 exhibe una mayor comunicación y enriquecimiento del vocabulario referido a experiencias en salud mental y al contacto (a nivel familiar y social: *amigo, amiga, tío, primo, hermano, sobrina, hijo, hija y paciente*) con problemáticas asociadas a la salud mental (*síndrome de down, retraso mental, epilepsia, esquizofrenia, alcoholismo, separación, suicidio, muerte*) con sus consecuentes intervenciones (*tratamiento, internación*). En el caso de las muestras de expertos, de los diez funcionarios característicos de Viedma 7 alternan referencias a terapias personales, a su participación en el trabajo interdisciplinario, de seguimiento de la ley 2440, actividades comunitarias (*Red Juntos por la Vida, programa de promoción comunitaria, alternativas preventivas*), contacto con actividades de docencia, y 3 sujetos con no respuesta. La amplia gama de respuestas abarca desde la exposición personal hasta el *NS-NC*. Por último, la muestra de funcionarios de Capital Federal, también muestra un perfil mixto, en primer lugar, de experiencias personales (*terapia, experiencia de vida*), familiares (*crisis, situaciones emocionales*) y laborales (*juzgado, jueces, profesión, hospitales públicos*); en segundo lugar, psicopatológicas y sociales (*trastornos, problemas psiquiátricos, incapacidad, alcoholismo, obesidad, anorexia, bulimia, drogadependencias, tabaquismo, marginación*).

V.6 - Análisis de presencia-ausencia: corpus “experiencia”

El procedimiento *Corda* arrojó los siguientes resultados en el caso de “Experiencia”:

Palabras ausentes en el corpus: Valencia negativa: expresiones de encierro asilar (*aguantadero, manicomios*); de exclusión social (*evitar, excluir, excluyo, excluye, excluyen, marginar, margino, peligrosidad*); de maltrato social (*desaparecidos, dominados, sometidos, y, dictadura, hambre, injusticia, represión, tortura*); sentimientos negativos (*sufro, sufrir*); acciones o actos connotados de control comunicacional (*silencio, silenciar, callar*). Valencia positiva: valores, derechos humanos y calidad de vida (*comprensión, democracia, derecho, derechos, ética, felicidad, humanitaria, leyes, libertad, solidaridad, tolerancia*); de convivencia social (*acepto, aceptan, adaptarse, adaptación, integrar, integro, integra, convivo, conviví, convivimos, contengo, contenemos*), de protección social (*cuidado, proteger, protejo, protegemos, protegen*); sentimientos y atribuciones positivos (*feliz, solidario, solidaria*); acciones o actos de libertad de expresión (*criticar*); de acciones y/o estrategias alternativas (*cambiar, desmanicomialización, estrategia, estrategias, externar, reintegrar, reinsertar, resocializar*); de migración social (*migrar, inmigrante, inmigrantes*).

Palabras con frecuencia menor o igual a 5 repeticiones: Valencia negativa: expresiones de encierro asilar (*asilo, asilos*); asistencia institucional (*internadas*); de exclusión social (*peligroso*); de maltrato social (*guerra, preso, desaparecido*); sentimientos negativos (*sufren, sufrimos, sufrimiento*). Valencia positiva: valores, derechos humanos y calidad de vida (*humanitario, humanos, pensar, política, políticas, querer*); de convivencia social (*ayudo, ayudamos, compartir, aceptar, convivir, convivencia, integran*); de vínculo social (*hermanos, hermanas*); acciones o actos de libertad de expresión (*contar*); de asistencia social (*cuidar*); acciones y/o estrategias alternativas (*cambio, ley, 2440*); de memoria (*no olvido*).

Palabras significativas en el marco de la pregunta: **a)** La redundancia verbal se centró en las expresiones incluidas en la pregunta (Nº total de palabras del corpus = 32.942): No (738); NS-NC (246); Yo (224); Salud Mental (148); Experiencia (85). **b)** La caracterización de la temática de la experiencia se explicitó como: Problemas (185); Años (164); Familiar (93); Trabajo (91); Mal (85); Hospital (83); Casos (83); Familia (77); Persona (70); Tratamiento (64); Problema (63); Chicos (63); Chico (51); Amigo (50); Hijo (49); Todos (48); Caso, Tema, Nada (47); Hermano (46); Familiares (45); Mamá, Personas (44); Terapia, Amigos, Hija (42); Después, Internado, Personal, Chica, Amiga (40); Situación (38); Médico, Loco (37); Hermana (36); Murió, Padre, Enfermedad (35); Hijos (34); Viedma, Enfermo (33); Psiquiatra (32); Vecino, Casos (31).

Construcción de la variable “presencia-ausencia”: resultó de la partición de las respuestas abiertas de los sujetos según la presencia o ausencia de relatos sobre experiencias de salud mental connotados con una semántica positiva, un afrontamiento positivo de las problemáticas de salud mental, visiones positivas acerca de la convivencia y las estrategias de reforma psiquiátrica. Las no respuestas constituyeron la versión polar del valor “ausencia” junto a las visiones negativas y acríicas.

V.7 - Análisis de correspondencias del corpus “experiencia”

El histograma de los valores propios del AFC (*Aspar-SPADT*) del corpus “Experiencia” (umbral de corte >30; palabras retenidas = 22.207; n = 134, media = 0,752) arrojó una traza de la matriz igual a 6.4385, cuyos dos primeros factores acumularon un 4,52% de la inercia, y cuya interpretación se basó en el conjunto de palabras con valores de contribución superiores a la media.

Eje 1

Polo negativo: Experiencia Integral, Personificada, Presente

Amigos (6,0); De (4,7); Casos (4,3); Problemas (4,2); Algunos (3,5); Con (3,4); He (3,2); Personas (3,1); Familiares, Salud_Mental (3,0); Ni (2,5); Hay (1,7); Gente (1,3); Son, Tengo (1,2); Tema (1,0); Chicos, Tienes (0,9); Los, Terapia, Trabajo (0,8).

Anclajes

Muestra de la Justicia y la Clase Política de Buenos Aires (48,8); Muestra de la Justicia y la Clase Política de Viedma (14,4)

vs.

Polo positivo: Experiencia Naturalizada, Temporal, Pretéríta

Le (3,0); Tenía (2,5); Me (2,4); Era, Estaba (2,3); Estuvo (1,6); Años (1,5); Cuando, Ella (1,4); Un (1,3); Mucho (1,0); Tuvo, Dijo, Murió (0,9); Mi, Tiempo (0,8)

Anclajes

Muestra Poblacional Viedma 1992 (25,0); Muestra Poblacional Viedma 2000 (20,2)

Eje 2

Polo negativo: Afrontamiento Positivo, Problemática Familiar, Terapéutica

Familiar (11,8); Terapia (8,0); Un (6,6); Problemas (4,2); Con (2,9); Ni (2,7); Tratamiento, Estuvo (2,6); Hermano (2,5); Depresión (1,8); Hijo (1,6); Amigo, Tuvo (1,5); En (1,1); De (1,0); Mental (0,9); Estado (0,8)

Anclajes

Muestra Poblacional Viedma 2000 (22,7); Muestra de la Justicia y la Clase Política de Viedma (9,9)

vs.

Polo positivo: Afrontamiento Negativo, Respuesta Evasiva, Reductiva, Justificativa

No (5,5); Me (3,5); Te (1,5); Cosas, Si (1,3); Porque, Que (1,0); Algo, Una (0,9); Ver (0,8)

Anclajes

Muestra de la Justicia y la Clase Política de Buenos Aires (16,6); Muestra Poblacional Viedma 1992 (6,6)

En el Eje1, se hace explícita la funcionalidad de las representaciones según los grupos de pertenencia: expertos vs. población general. En el primer caso, el carácter tanto abstracto como empírico de nivel general, y el compromiso actual, en el segundo, el carácter natural o habitual de las experiencias en salud mental, y su cronología pasada.

En el Eje2, es llamativo el posicionamiento de las muestras Viedma 1992 y funcionarios de Buenos Aires en el afrontamiento negativo y respuestas evasivas justificativas, confrontadas a las muestras de Viedma 2000 y funcionarios de Viedma. Podría interpretarse, desde una mirada en diacronía, como uno de los efectos de la aplicación y mayor anclaje de las políticas de *desmanicomialización*.

V. - Análisis de varianza

✍ Con el fin de analizar la relación entre las variables *origen de la muestra*, *presencia-ausencia* y percepción de *posibilidades de convivencia*, con las dimensiones más importantes del análisis de correspondencias (puntuaciones factoriales) de los corpus “CSM” y “Convivencia” realizamos diversos análisis de varianza.

En relación con *origen de la muestra*, el análisis produjo diferencias significativas para la CSM1 (Visión externa, localizacionista, personificada, experiencial vs. Visión empática, diagnóstica psico-socio-económica) ($F_{(3131,3)}=101,86$; $p < .000$), CSM2 (Conflictiva médica, popular, estigmatizante, socioeconómica vs. Conflictiva conceptual, experta, psicosocial) ($F_{(3131,3)}=140,38$; $p < .000$), y Convivencia1 (Perspectiva del sano vs. Perspectiva del enfermo) ($F_{(3131,3)}=12,53$; $p < .000$), no siendo significativo el efecto para Convivencia2 (Problemática psiquiátrica y social vs. Problemática cotidiana).

Tabla 1. Medias de las pertenencias de *origen* en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Campo de la Salud Mental” y “Convivencia”

	“CSM”		“CONVIVENCIA”	
	CSM1 (F1) Visión Externa (-) vs. Empática (+)	CSM2 (F2) Visión Popular (-) vs. Experta (+)	Convivencia1 (F11) Perspectiva del sano vs. Persp. Enfermo	Convivencia2 (F12) Problemát. Ex- perta vs. P. Cotidiana
Viedma 1992	-.2432	-.1723	.0102	.0307
Viedma 2000	.0709	-.3141	.1300	.0218
J-P Viedma	.7133	.2759	-.1109	-.0615
J-P BA	.5171	.4032	-.1470	-.0056
Media	.0535	-.1071	.0241	.0170

Como podemos observar en la Tabla 1, para CSM1 (F1) encontramos que la muestra de 1992 se encuentra cercana al polo negativo, mientras los restantes 3 grupos al polo positivo. Además son las muestras de jueces y políticos (J-P) de BA y Viedma las que más saturan el polo positivo. En el mismo sentido, realizada la prueba Bonferroni para analizar las diferencias entre los cuatro grupos, encontramos diferencias significativas entre todos los grupos, excepto entre los J-P BA y Viedma, en el sentido que no hay diferencias entre ellos.

Para el CSM2 (F2) encontramos que son las muestras de Viedma 2000 y Viedma 1992 (respectivamente y por este orden) las que se encuentran más cercanas al polo negativo y las muestras de J-P Viedma y BA las que más saturan el polo positivo. Además la prueba Bonferroni produjo diferencias signif. entre todos los grupos menos entre J-P Viedma y BA, en el sentido que no se encontraron diferencias significativas entre ellos.

Con relación al factor Convivencia1 (F11) encontramos que las muestras de Viedma 2000 y Viedma 1992 se encuentran más cercanas al polo positivo y las de J-P Viedma y BA al polo negativo. La prueba Bonferroni produjo diferencias significativas, básicamente entre los grupos de Viedma 2000 y J-P BA que encuentran diferencias significativas prácticamente entre todos los grupos, mientras el Viedma 1992 no se diferencia del J-P BA, ni J-P Viedma de Viedma 1992 y J-P BA.

Para Convivencia2 (F12) no se encuentran diferencias significativas en función del origen de la muestra.

En resumen, los efectos destacados por los análisis precedentes revelan, por un lado, un comportamiento homogéneo de los J-P de Viedma y BA respecto de las percepciones de tipo diagnóstico y experto en CSM. Por otro, vemos sólo el posicionamiento diferencial respecto de la convivencia, teniendo J-P BA una evaluación desde la perspectiva de la persona sana, y Viedma 2000 desde la perspectiva del enfermo. Todo lleva a constatar

la funcionalidad de las representaciones respecto del compromiso laboral y comunitario de los actores sociales (Hipótesis 4).

Con relación a la *presencia-ausencia*, el análisis produjo diferencias significativas para la CSM1 ($F_{(3133,1)}=21,95$; $p < .000$), CSM2 ($F_{(3133,1)}=6,98$; $p < .008$), Convivencia1 ($F_{(3133,1)}=16,93$; $p < .000$), y para Convivencia2 ($F_{(3133,1)}=6,05$; $p < .014$) (Hipótesis 5).

Tabla 2. Medias de las pertenencias de *presencia-ausencia* en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Campo de la Salud Mental” y “Convivencia”

	“CSM”		“CONVIVENCIA”	
	CSM (F1) Visión Externa (-) vs. Empática (+)	CSM2 (F2) Visión Popular (-) vs. Experta (+)	Convivencia1 (F11) Perspectiva del sano (-) vs. P. del enfermo (+)	Convivencia2 (F12) Problemática Experta vs. Probl. Coti- diana
Ausen- cia	.0133	-.1249	-.0066	.0356
Presen- cia	.2546	-.0177	.1776	-.0759
Media	.0535	-.1071	.0241	.0170

Analizando la Tabla 2 encontramos que, para la CSM1 (F1) la *presencia* se encuentra cercana al polo positivo mientras la *ausencia* cercana al centro. Para el CSM2 (F2) encontramos que si bien ambas se encuentran cercanas al polo negativo, es la *ausencia* la más relacionada con este polo y la *presencia* la menos relacionada.

Con relación a Convivencia1 (F11) encontramos que mientras la *presencia* se encuentra asociada al polo positivo es la *ausencia* menos relacionada con este polo. Y con respecto a Convivencia2 (F12) encontramos que mientras la *ausencia* se asocia con el polo positivo es la *presencia* la que se relaciona con el polo negativo.

En resumen, tratándose del CSM, observamos que la presencia de un discurso positivo respecto de las posibilidades de convivencia se vincula con una visión empática y diagnóstica de la salud mental, al tiempo que el vacío de expresiones positivas se asocia con visiones estigmatizadas del enfermo mental (Hipótesis 2). En Convivencia encontramos, en un primer plano, que es la presencia de discursos favorables a la integración social los que alimentan la perspectiva centrada en el enfermo; en segundo plano, en la oposición problemática experta vs. problemática cotidiana, la presencia con la segunda y la ausencia se vincula con la primera.

Por último, observamos el comportamiento de la variable *posibilidades de convivencia* que resultó de la post-codificación de las respuestas abiertas sobre las razones frente a la aceptación o rechazo a la idea de la integración social del enfermo.

En relación a la percepción de las *posibilidades de convivencia*, el análisis produjo diferencias significativas para la CSM1 ($F_{(3131,3)}=7,27$; $p < .000$), CSM2 ($F_{(3131,3)}=19,24$; $p < .000$), Convivencia1 ($F_{(3131,3)}=41,50$; $p < .000$), y para Convivencia2 ($F_{(3131,3)}=20,30$; $p < .000$)

Tabla 3. Medias de las pertenencias de *posibilidades de convivencia* en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Campo de la SM” y “Convivencia”

	“CSM”		“CONVIVENCIA”	
	CSM1 (F1) Visión Ex-terna vs. Empática	CSM2 (F2) Visión Po-pular vs. Experta	Convivencia1 (F11) Perspectiva del sano vs. Persp. del enfermo	Convivencia2 (F12) Problemática Ex-perta vs. P. Cotidiana
Desacuerdo	-.1096	-.2220	.1140	.2365
Depende	.0920	-.0001	-.1673	-.0745
Acuerdo	.1263	-.1254	.2463	-.0410
No opina por desconocimiento	.0015	-.3904	.0178	.1831
Media	.0535	-.1071	.0241	.0170

La Tabla 3 nos muestra que, para la CSM1 (F1) el *desacuerdo* se encuentra cercano al polo negativo, mientras los restantes 3 grupos al polo positivo. Además es el *acuerdo* de convivencia el que más cercano se encuentra del polo positivo. En el mismo sentido, realizada la prueba Bonferroni para analizar las diferencias entre los cuatro grupos, encontramos las diferencias significativas entre los grupos se derivan básicamente de las diferencias que encuentra el *desacuerdo* con el *depende* y el *acuerdo*, no encontrándose diferencias del *no opina* con ninguno de los grupos.

Para el CSM2 (F2) encontramos que son la *no opinión* y el *desacuerdo* los que en mayor medida saturan el polo negativo, seguidos del *acuerdo*. Además la prueba Bonferroni produjo diferencias significativas entre todas las respuestas, excepto el *desacuerdo*, el cual se diferencia solamente del *depende*, pero no de las otras respuestas.

En relación a Convivencia1 encontramos que el *depende* se encuentra cercano al polo negativo y las demás respuestas al polo positivo, estando el *acuerdo* el más cercano, seguido del *desacuerdo* y del *no opina*. La prueba Bonferroni produjo diferencias significativas entre todos los grupos excepto el *no opina* con el *depende*, entre los cuales no hay diferencias significativas.

En relación con Convivencia2 encontramos que el *desacuerdo* y el *no opina* se encuentran cercanos al polo positivo y el *depende* y el *acuerdo* al polo negativo. La prueba Bonferroni produjo no diferencias significativas entre todos los grupos. Así, el *desa-*

cuerto se diferencia del *depende* y del *acuerdo*, pero no del *no opina*. El *depende* se diferencia del *desacuerdo* y del *no opina* pero no del *acuerdo*. El *acuerdo* se diferencia del *desacuerdo* y del *no opina* y el *no opina* se diferencia del *depende* y del *acuerdo*, pero no del *desacuerdo*.

En resumen, los efectos más llamativos se centran en: **a)** el *desacuerdo* pleno respecto de las posibilidades de convivencia refuerza la idea de distancia que resta implícita en las visiones externas del CSM1. En cambio, los sujetos que aceptan directa o indirectamente la integración social, remiten a la idea de proximidad y empatía con las circunstancias adversas que acompañan a las personas con sufrimiento mental. La no respuesta revela aquí el impacto cercano de la problemática al asociarse con las visiones empáticas; **b)** en el CSM2, los que *no opinan* por desconocimiento y los que están en *desacuerdo* favorecen representaciones populares estigmatizantes (Hipótesis 3); **c)** en Convivencia1 los sujetos con una posición ambigua frente a la convivencia rescatan la perspectiva del sano, la evaluación de las dificultades para quien no sufre las consecuencias de la enfermedad mental, por el contrario, los que acuerdan con la convivencia se ubican desde la perspectiva y necesidades del enfermo. Aquí los sujetos que omitieron su opinión no se diferencian con los ambiguos lo que estaría indicando, tomando en cuenta observaciones anteriores, que si bien la problemática les impacta, su posición podría oscilar hacia una distancia respecto de la situación del enfermo; **d)** en Convivencia2 nuevamente los sujetos que rechazan la convivencia así como los que no opinan responden a la representación de las problemáticas cotidianas que les acarrearía la cohabitación, mientras que los que evalúan las distintas alternativas (positivas y negativas) así como los que apoyan decididamente la integración responden a una representación de la problemática psiquiátrica y social. Parecería que las no respuestas y los desacuerdos tuvieran un substrato más homogéneo que los acuerdos y los depende, reforzando la idea de oposición, rechazo y/o huida en la vida diaria vs. una aproximación más racional y reflexiva respecto de los diferentes aspectos de la convivencia.

✍ Con el fin de analizar la relación entre la variable *presencia-ausencia* del Corpus “Convivencia” y las 2 dimensiones más importantes del análisis de correspondencias del campo “Experiencias en Salud Mental” (puntuaciones factoriales) realizamos dos análisis de varianza.

En relación a la *presencia vs. ausencia* (es decir, presencia de expresiones favorables a la convivencia vs. ausencia de ellas) (Tabla 4), el análisis produjo diferencias significativas para los factores: Experiencias1 (Experiencia integral, personificada, presente vs. Experiencia naturalizada, temporal, pretérita) ($F_{(3133,1)}=21,95$; $p<.000$), y Experiencias2 (Afrontamiento positivo, problemática familiar, terapéutica vs. Afrontamiento negativo, respuesta evasiva, reductiva, justificativa) ($F_{(3133,1)}=6,98$; $p<.008$). Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas por grupo.

Tabla 4. Medias de las pertenencias de *presencia-ausencia* (“Convivencia”) en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Experiencias en Salud Mental”

	“EXPERIENCIAS EN SALUD MENTAL”	
“PRESENCIA – AUSENCIA” SEGÚN “CONVIVENCIA”	Experiencias1 (F1) Experiencia Integral (-) vs. Experiencia Naturalizada (+)	Experiencias2 (F2) Afrontamiento Positivo (-) vs. Afrontamiento Negativo (+)
Ausencia	-.0621	-.0892
Presencia	-.1078	-.1516
Media	-.0697	-.0996

✍ Con el fin de analizar la relación entre la nueva variable *presencia-ausencia* correspondiente a las respuestas a la pregunta abierta “*Experiencias en Salud Mental*” y las 2 dimensiones más importantes del análisis de correspondencias aplicado al corpus “Experiencias” (puntuaciones factoriales) realizamos 2 análisis de varianza.

En relación a la *presencia vs. ausencia* (Tabla 5), el análisis produjo diferencias significativas para Experiencias1 ($F_{(1333,1)}=14,78$; $p < .000$), pero no en Experiencias2 ($F_{(1333,1)}=0,692$; $p < .46$). Las diferencias fueron significativas para el primer factor en el sentido que la *presencia* de relatos de experiencias connotadas de valores modernos y/o alternativos en salud mental hacía un mayor hincapié en la visión integral y personificada, basada en experiencia actual, mientras la *ausencia* (o relatos connotados de visiones psiquiátricas tradicionales) se acercaba a una visión naturalizada y temporal.

Tabla 5. Medias de las pertenencias de *presencia-ausencia* (“Experiencias”) en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Experiencias en Salud Mental”

	“EXPERIENCIAS EN SALUD MENTAL”	
“PRESENCIA – AUSENCIA” SEGUN “EXPERIENCIAS”	Experiencias1 (F1) Experiencia Integral (-) vs. Experiencia Naturalizada (+)	Experiencias2 (F2) Afrontamiento Positivo (-) vs. Afrontamiento Negativo (+)
Ausencia	-.0324	-.0892
Presencia	-.1472	-.1516
Media	-.0697	-.0996

Igualmente se realizó *Anova de posibilidades de convivencia* con los dos factores y el primero fue significativo y el segundo no.

En relación a *posibilidades de convivencia* el análisis produjo diferencias significativas para Experiencias1 ($F_{(1332,2)}=5,63$; $p < .004$), pero no en Experiencias2 ($F_{(1332,2)}=1,342$; $p < .262$).

Como podemos observar en la Tabla 6, para Experiencias1 (Integral vs. Naturalizada) encontramos que *desacuerdo* y *acuerdo* se encuentran más cercanos a la visión integral, mientras el *depende* se acerca más a la visión naturalizada.

Tabla 6. Medias de las pertenencias de *posibilidades de convivencia* en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Experiencias en Salud Mental”

“POSIBILIDADES DE CONVIVENCIA”	“EXPERIENCIAS EN SALUD MENTAL”	
	Experiencias1 (F1) Experiencia Integral (-) vs. Experiencia Naturalizada (+)	Experiencias2 (F2) Afrontamiento Positivo (-) vs. Afrontamiento Negativo (+)
Desacuerdo	-.0101	-.0842
Depende	-.1363	-.0689
Acuerdo	-.0587	-.1268
Media	-.0697	-.0996

En el mismo sentido, realizada la prueba Bonferroni para analizar las diferencias entre los tres grupos, encontramos diferencias significativas entre *desacuerdo* y *depende*, y *depende* y *acuerdo*, pero no hay diferencias entre *desacuerdo* y *acuerdo*. Es decir, el efecto general deviene básicamente de las diferencias entre los grupos *desacuerdo* y *depende*. Pareciera que las respuestas ambiguas frente a la convivencia, se diferenciaran más de aquellas que eluden tal compromiso (*descuerdo*), y menos de aquellas que ya poseen un fundamento de aceptación ética, social y afectiva (*acuerdo*).

✍ Por último, con el fin de analizar la relación entre la variable *origen de la muestra* y las 2 dimensiones más importantes del análisis de correspondencias aplicado al corpus “Experiencias” (puntuaciones factoriales) realizamos 2 análisis de varianza.

En relación a *origen* el análisis produjo diferencias significativas para Experiencias1 ($F_{(1331,1)}=29,49$; $p < .000$), pero no en Experiencias2 ($F_{(1331,1)}=,196$; $p < .08$).

Tabla 7. Medias de las pertenencias de *origen de la muestra* en las puntuaciones de las dimensiones del AFC de “Experiencias en Salud Mental”

	“EXPERIENCIAS EN SALUD MENTAL”	
	Experiencias1 (F1) Experiencia Integral (-) vs. Experiencia Naturalizada (+)	Experiencias2 (F2) Afrontamiento Positivo (-) vs. Afrontamiento Negativo (+)
Viedma 1992	-.0125	-.0838
Viedma 2000	0.0075	-.1130
J-P Viedma	-.3446	-.2765
J-P BA	-.3021	-.0645
Media	-.0697	-.0996

En la Tabla 7 se observa que las diferencias fueron significativas para el primer factor en el sentido que J-P Viedma y J-P BA están más relacionados con una visión integral y personificada, basada en experiencia actual, mientras que Viedma-1992 y Viedma-2000 se relacionan más con una visión naturalizada y temporal. Con respecto al segundo factor, J-P Viedma y en menor medida Viedma-2000 están más cercanos a un afrontamiento positivo, mientras que Viedma-1992 y J-P BA con un afrontamiento negativo. En el mismo sentido, para el primer factor, realizada la prueba Bonferroni para analizar las diferencias entre los cuatro grupos, encontramos diferencias significativas de Viedma-1992 y Viedma-2000 con J-P Viedma y J-P BA, pero no entre ellos. Es decir, el efecto general deviene básicamente de las diferencias de Viedma-1992 y Viedma-2000 con J-P Viedma y J-P BA.

En resumen, observamos que en los cuatro análisis (Tablas 4, 5, 6, 7) la oposición Experiencia Integral vs. Experiencia Naturalizada es la que determina la estructura de los anclajes, tanto a nivel de las dos nuevas variables *presencia-ausencia*, como *posibilidades de convivencia* y *origen*, indicando cierta transversalidad representacional.

Vi - Síntesis de los resultados

Planteamos una estrategia conjunta de análisis de “lo no dicho” a partir de dos preguntas abiertas: una más específica (Convivencia) y otra más general (Experiencias). La primera, como referencia axial respecto del interjuego entre representaciones sociales del campo de la salud mental e impacto de las políticas de desmanicomialización. La segunda, como control de la primera en un espectro más ambiguo de respuestas, y por tal motivo, más susceptible de omisiones veladas.

Ahora bien, un recorrido por los resultados expuestos permite visualizar el rol funcional de las ausencias, negaciones, olvidos e implícitos en el marco de la dinámica representacional del campo de la salud mental. Observamos cómo las dimensiones ausentes del corpus Convivencia cobraron sentido respecto de las actitudes frente a la integración (Hipótesis 1). La ausencia de palabras referidas a la situación psiquiátrica asilar (en tér-

minos populares o expertos), de exclusión y maltrato social, muestra un efecto de ocultación de los aspectos más traumáticos de la vida manicomial. Este control de las emociones que despierta el contacto con la locura, asociada a la pérdida de las condiciones mínimas de vida social marcan espacios de vulnerabilidad.

Por otro lado, la falta de referencia a valores, derechos humanos y calidad de vida de las personas en relación con las posibilidades de convivencia gestiona el rechazo social implícito de los derechos humanos de los enfermos mentales y con ello su desprotección y la negación de la memoria social de eventos específicos de la reforma psiquiátrica: el cierre del manicomio en la Prov. de Río Negro, la sanción de la ley de salud mental provincial y las estrategias de la desmanicomialización. La expresión “ley de desmanicomialización” sólo tuvo 2 menciones sobre 1.135 sujetos; 2 referencias a los derechos universales y 1 a los derechos del “loco”. Tomando en cuenta el perfil de las dos muestras de expertos, los desplazamientos u olvidos básicos de información pertinente a los ámbitos de competencia laboral, en el sector institucional público, reflejan nuevamente su carácter funcional en la gestión de la interacción social en contextos de cambio representacional.

Palabras poco o nada mencionadas como *alegría, crecer, educación, democracia, ética, ley, cambio, futuro, felicidad, humanitario, pensar* y otras, conforman una constelación de elementos básicos para una vida con posibilidades de pasado, presente y futuro. Se trata de la negación de una socialización de los enfermos en los espacios comunes y públicos. La palabra *difícil* matiza explícitamente la problemática de la convivencia y posee un peso definitorio para los análisis factoriales presentados.

Por otro lado, constatamos, a partir de la variable ‘origen de la muestra’, cierta propensión a un comportamiento homogeneizante de las categorías expertos (Viedma y BA) y de población general (Viedma 1992 y 2000). Tanto para CSM como para Convivencia, el origen parece determinante del posicionamiento diferencial frente a ciertas configuraciones representacionales: racional, abstracta, diagnóstica, para expertos y experiencial, cotidiana para población general.

A su vez, en cuanto a la *presencia-ausencia* (Convivencia): la *ausencia* se acerca más a representaciones estigmatizantes, distantes, mientras que la *presencia* a representaciones cercanas, concretas, expertas, alternativas. Y en *posibilidades de convivencia*: los *desacuerdos* y los *no responde* se anclan en las visiones más estigmatizantes y distantes. Por el contrario, los *acuerdos*, lo hacen con las visiones diagnósticas, empáticas, en CSM y concretas, expertas en Convivencia.

En general, los resultados parecen coherentes con el modelo que: a mayor contacto experiencial, cognoscitivo e informativo en salud mental, mayor probabilidad de producción de representaciones en sintonía con posibilidades de integración social de los *enfermos mentales*, aún tomando en cuenta sus problemáticas específicas.

Sin embargo, es preciso diferenciar entre población general y grupos de expertos de Viedma y BA, en cuanto a la distancia real e imaginaria respecto de la *desmanicomialización*. Para J-P BA, el compromiso con este proceso no era crucial desde el punto de vista político, pues en el período en que se realizó la encuesta aún se estaba discutiendo el contenido y condiciones de sanción de la futura ley de salud mental. Por otra parte, la realidad institucional psiquiátrica capitalina se contrapone a la viedmense en cuanto al peso deliberativo del sector de prestaciones públicas y privadas en lo que atañe a la asistencia e internación psiquiátricas. Por el contrario, la inmediatez y las condiciones de legalidad del proceso de desmanicomialización en la Prov. de Río Negro, sus anclajes sociales y la implicación de las minorías activas (Moscovici, 1979) (en nuestro caso,

gestores institucionales y trabajadores de la salud mental locales) exponen a los habitantes de Viedma frente a algún tipo de pronunciamiento activo o pasivo respecto de las políticas del sector público. Por ejemplo, la *no respuesta* en Viedma de 2000 podría significar (a 12 años del cierre del manicomio, a 9 años de la sanción de la ley 2440 y luego de un importante período de difusión provincial y nacional de la experiencia) diferentes procesos psicosociales: o bien olvido, o bien distancia, temor al compromiso público, explícito, o bien desinterés por desconocimiento, desinformación, rechazo, y/u otros. Dependerá del nivel de contacto, del tipo de experiencia satisfactoria o no, del marco valorativo e ideológico desde el cual se lo asumió, que se refuerce o no la memoria de un hecho que involucra el sentimiento de pérdida de la salud mental, de muerte, de locura. Según Darío Páez (1993), las personas que estigmatizan más poseen un bloqueo mayor de la memoria de hechos de riesgo, es decir, situaciones críticas, amenazantes.

Por su lado, Jodelet (Hass, Jodelet, 2000) sostiene que existen dos efectos del compromiso afectivo y emocional de la memoria: aceptación y rechazo según la carga afectiva ligada al objeto. Por ejemplo, en los relatos de experiencias en salud mental, el conjunto de palabras ausentes del corpus “Experiencias” es elocuente en sí mismo. El silenciamiento de expresiones referidas a hechos traumáticos de la historia política nacional (*desaparecidos, dictadura, represión, tortura*), explícitamente no asociados al campo de experiencias en salud mental, podría señalar un intento de control de sentimientos de sufrimiento, pérdida, fracaso, aún con diferentes signos y tipos de funcionalidad psicosociales.

Ahora bien, más específicamente, en los análisis presentados se hallaron muestras de negación y huida, rechazo implícito y explícito, acuerdos explícitos basados en fundamentos éticos, afectivos, prácticos, así como acuerdos implícitos signados por valores y normas cotidianos de la convivencia e integración social. También observamos la transversalidad de los prejuicios confesos u ocultos en los discursos (peligrosidad, contagio) que se vincularon con diferencias significativas en el comportamiento de las muestras (población general vs. grupos de expertos) según la proximidad real vs. imaginaria de la *desmanicomialización*; y con ello diversas perspectivas subjetivas respecto de la convivencia: perspectiva del sano vs. perspectiva del enfermo, visiones abstractas vs. concretas, racionales vs. empáticas.

En efecto, en Viedma, el peso de la significación social del proceso de *desmanicomialización* está presente más explícitamente en los expertos de la justicia y la política dado su carácter activo en la aplicación y definición de acciones y juicios enmarcados en la vigencia de una ley. Así también en sectores de la comunidad que fueron alcanzados por experiencias cercanas. En contraste, los expertos de BA, aún perteneciendo a grupos comprometidos directa o indirectamente con la salud mental, no reflejaron un interés sustantivo y cuantitativamente significativo sobre las experiencias de reforma psiquiátrica en el período estudiado. Lo que sí se observó fue la confesión de su impotencia respecto de obtener soluciones a las condiciones inhumanas y de abandono social de los pacientes psiquiátricos institucionalizados.

VII - Conclusiones

Ante todo, es preciso sostener que el diseño metodológico y la selección de las técnicas determinan, en principio, los modos de captación de las configuraciones representacionales en sus dinámicas implícitas, no verbalizadas, inaccesibles a la observación. Partimos de una encuesta de diseño mixto (cuali-cuantitativo) y nuestras posibilidades de

caracterizar “lo no dicho” si bien fue limitado, pudo avanzar sobre aspectos relacionados con la “gestión social de los silencios” al decir de Singly (1982).

Hemos evaluado el peso configurativo que las dimensiones ausentes poseen en su articulación con los valores de la integración social y logramos aportar elementos de apoyo para las hipótesis planteadas. La posibilidad de trabajar con datos de orden diacrónico en cuanto a la población de Viedma nos permitió avanzar hacia el estudio procesual de las representaciones sociales del campo de la salud mental. Y, a su vez, comparar datos de población general frente a grupos de expertos nos permitió captar el rol funcional de los anclajes de las representaciones según los actores sociales.

En síntesis, es posible concluir, en términos de tendencias generales, no mecánicas, que el anclaje de los vacíos asociados a la distancia social con los enfermos y su encierro refuerza las representaciones tradicionales que reproducen en el nivel sociosimbólico la marginación de la realidad de la locura y la enfermedad mental. El miedo y la impotencia subyacen en su base. Por el contrario, el mayor contacto con experiencias, conocimiento e información connotados de valoraciones éticas positivas abonan visiones alternativas respecto de la salud mental, aún contemplando los avatares de la convivencia. Y en este espacio, expertos y no expertos (éstos últimos con un mayor poder de imposición simbólica) comparten un *fondo cultural común* frente al cual es posible sostener miradas concientes, críticas y reflexivas, en la medida en que las representaciones que las sostienen no permanezcan implícitas, silenciadas, no dichas.

Bibliografía

- Banchs, M-A (2000) "Representaciones sociales en Venezuela: la apuesta al cambio", en JODELET, D.; GUERRERO TAPIA, A. (coord..) *"Develando la Cultura, Estudios en representaciones sociales"*. México, Fac. de Psicología, UNAM, 89-108.
- Banchs, M-A (2001) "Alternativas de apropiación teórica: Abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales", en CASADO, E. – CALONGE, S. *Conocimiento social y sentido común*, Caracas, UCV, 129-156.
- Calonge, S., Casado, E. (2001) *Interacción social comunicativa. Un modelo psicosocial*, Caracas, UCV.
- Cohen, H., Natella, G., Coord. (1995). *Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Doise, W., Clemence, A., Lorenzi-Cioldi, F. (1992) *Representaciones Sociales y Análisis de los Datos*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Doise, W. (1994) *Pratiques et Représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Farr, R.M. (1993) "Theory and method in the study of social representations". En G. Breakwell y D. Canter (Eds.), *Empirical approaches to Social Representations*. Oxford: Clarendon Press.
- Haas, V., Jodelet, D. (2000) "La Mémoire: ses aspects sociaux et collectifs. En: Rousiauu (ed.) *Psychologie sociale*. Paris, Editions, 121-134.
- Herzlich, C. (1984). *Santé et Maladie. Analyse d'une Représentation Sociale*. Paris: EHESS.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1996) "Commentary on meaning of self-attributed ignorance". En *Social Science Information -sur les- Sciences Sociales*, Vol. 35, num.1, 1996, Symposium sur "l'ignorance déclarée".
- Markova, Y. (1996) "En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales", en: PAEZ y BLANCO (Edts). *La Teoría sociocultural y la Psicología social actual*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Moscovici, S. (1979). *Psychologie des minorités actives*. Paris, PUF.
- Moscovici, S. (1961, 1976) *La psychanalyse, son image et son publique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Organizacion Panamericana de la Salud (1999a) *Disparidades de Salud en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., OPS/OMS.
- Organizacion Panamericana de la Salud (1999b) *Salud Pública en las Américas*. Documento de Trabajo. Washington D.C., OPS/OMS.
- Paez Rovira, D. (1993). "Problemas teóricos y metodológicos del estudio de las emociones y de la memoria como procesos colectivos". En: GONZALEZ GABALDON, B., Guil Bozal, A. Compiladoras, *Psicología Cultural*, Sevilla. Eudema.

Pereira De Sa, C. y Arruda, A. (2002) "El estudio de las representaciones sociales en Brasil", en *PSIC. SOC. Rvista Internacional de Psicología / Vol. 1, No. 1, julio-diciembre de 2002*.

Singly, de F. (1982) "La gestion social des silences", en *Consommation 4*.

Social Science Information -sur les- Sciences Sociales, Vol. 35, num.1, 1996, "Symposium on self-attributes ignorance (ignorance déclarée)".

Zani, B. (1995) "The mentally ill person and the others: social representations and interactive strategies". En I. MARKOVA, y R.M. FARR (eds.), *Representations of Health, Illness and Handicap*. Chur: Harwood Academic Publishers.

¹ Correspondientes a diferentes Programaciones Científicas de UBACyT desde 1987 al 2000, Fac. de Psicología, UBA.

² Etapa exploratoria intensiva (relatos de vida, entrevistas en profundidad, seguimiento de reuniones comunitarias, estudio de archivos institucionales y periodísticos) que abarcó el inicio de las acciones de reforma sociosanitaria de la Prov. de Río Negro, cierre del manicomio y sanción de la ley 2.440.

³ Etapa descriptiva extensiva (encuesta social mediante muestreo poblacional y de grupo de expertos) que comprendió el período de afianzamiento de las estrategias de la *desmanicomialización* en Río Negro, y el período de debates previos a la sanción de la ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires.

⁴ GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO (1993). La desmanicomialización en Río Negro, Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento mental. República Argentina. Por el Artículo 1º del Capítulo 1º quedó prohibida la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados por la Ley" (Gobierno de la Prov. de Río Negro, 1993).

⁵ Ya fuese para tomarla como antecedente positivo o como para diferenciarse de ella.

⁶ Citado en Marková (1996): 175.

⁷ Para una discusión de "No sabe" (DK), "No contesta" (NR): *Social Science Information*, Vol. 35, num.1, 1996, "Symposium on self-attributes ignorance (ignorance déclarée)".

⁸ Se refiere a uno de los casos de mayor impacto comunitario que involucró la muerte de un taxista por un paciente psiquiátrico.

⁹ Razones de espacio nos impide incluir los gráficos de estos análisis que, por otra parte, fueron expuestos en: MUREKIAN, N. G.; VALENCIA, J., CID, A., COURTIS, CH., "Análisis transversal de las representaciones sociales de la salud mental desde un programa de investigación empírica (Argentina, 1987/2000)", Ponencia en la VI Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales: "Thinking Societies: Common Sense and Communication" (27/08 al 01/09/2002, Universidad de Stirling, Escocia.

¹⁰ Nuevamente, razones de espacio nos llevan a exponer sólo dos criterios de selección de respuestas características.